

**FORMULARIO DE QUEJA
CONDADO DE DADE**

Nombre de la persona discriminada:

Número de Teléfono
(residencia):

Número de
Teléfono
(trabajo):

Dirección de Residencia (Número y calle, número de departamento):

Ciudad, Estado y Código Postal de Residencia:

Nombre de la persona que discriminó contra usted, y nombre de la dependencia (si lo sabes):

Dirección de la persona o dependencia que discriminó contra usted:

Ciudad, Estado y Código Postal de la persona o dependencia que discriminó contra usted:

Fecha del incidente discriminatorio:

Causa de la discriminación:

Raza Retaliación Sexo Estado Civil Religión
Color de Piel Nacionalidad Edad Impedimento Físico Otro
o Mental

Explique claramente como sucedió la discriminación y quienes participaron en ella. Incluya en su explicación cualquier conocimiento que tenga de tratamiento diferente a otras personas. Adjunte cualquier otro escrito relacionado con su caso.

Firma:

Fecha: